

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL  
DEL ESTADO DE MASSACHUSETTS  
Autorización para entregar y recibir  
información

Nombre: \_\_\_\_\_ Otro/s nombre/s: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nº del seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Autorizo al Departamento de salud mental (DMH) a recibir o ceder información de o al individuo, organismo o centro abajo mencionado, ya sea en forma verbal o escrita, según se indica en esta autorización.

Nombre: \_\_\_\_\_ Atención: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Población: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Información de contacto de DMH:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

La persona que cumplimenta este formulario debe proporcionar detalles actualizados sobre la información solicitada. Tenga en cuenta que no se puede unir una solicitud de cesión de datos psicoterapéuticos con cualquier otro tipo de solicitud. Especifique qué información se va a ceder, p. ej., historial completo, documento/s de ingreso, de alta, de traslado, evaluaciones, valoraciones y pruebas, consulta/s (incluido el nombre de los especialistas), plan/es de tratamiento, I SP, PSTP, informes de laboratorio y de reconocimiento físico, anotación/es de evolución:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Propósito de la autorización:

El sujeto de la información o representante personal dio comienzo a la autorización (no se precisa un propósito específico)

o

Atención coordinada  Facilitar el pago

Derivación  Obtener prestaciones médicas, financieras o de otro tipo

Otro propósito (especifique, por favor)

Se considerará tan válida como el original una copia de esta autorización.

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL  
DEL ESTADO DE MASSACHUSETTS

Autorización para entregar y recibir  
información (continuación)

Nombre del individuo/centro/organismo aparte de DMH que recibirá o cederá información: \_\_\_\_\_

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Si la revoco, deberé hacerlo por escrito y presentarlo en la dirección de DMH que se especifica en la página uno. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya cedido en los términos de esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros en el caso de que la ley proporcione a mi asegurador el derecho a impugnar una reclamación de mi póliza. Esta autorización expirará (especifique una fecha, periodo de tiempo o acontecimiento) \_\_\_\_\_ o, si no se especifica nada concreto, expirará en el momento en que deje de recibir servicios de DMH. Entiendo que una vez que la anterior información se revela a un individuo, centro u organismo externo a DMH, el receptor podrá volver a revelarla y la información no se encontrará protegida por las leyes o regulaciones de privacidad federales o estatales. Entiendo que autorizo voluntariamente el uso o revelación de la anterior información. No necesito firmar este formulario para disfrutar de los tratamientos y servicios de DMH y/o el otro individuo, centro u organismo citado. Sin embargo, la incapacidad de compartir u obtener información podrá impedir a DMH y/o el otro individuo, centro u organismo citado que proporcione la atención apropiada y necesaria.

\_\_\_\_\_  
Su firma o la de su representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta de la persona que firma

SE REQUIERE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SI LA FIRMA PERTENECE A UN REPRESENTANTE LEGAL

Tipo de autoridad (p. ej., designado por un tribunal, padre en posesión de la tutela) \_\_\_\_\_

Cesiones de información autorizadas expresamente (marque todo lo que proceda)

\_\_\_\_\_ En la medida en que mi historial médico contiene información relativa a tratamientos por alcoholismo o drogadicción, que se encuentra protegida por la regulación federal 42 CFR, parte 2, autorizo expresamente la cesión de dicha información.

\_\_\_\_\_ En la medida en que mi historial médico contiene información relativa a pruebas sobre anticuerpos y antígenos del VIH, que se encuentra protegida por MGL c.111 §70F, un tratamiento o diagnóstico de VIH/SIDA, autorizo expresamente la cesión de dicha información.

\_\_\_\_\_  
Su firma o la de su representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

INSTRUCCIONES:

1. Este formulario debe haber sido completado en su totalidad para ser considerado válido.
2. Distribución de copias: el original al archivo pertinente de DMH; copia a la persona o al representante; copia a al individuo/centro/organismo que lo solicita.